Ankenævnet for Forsikring

Den 18. februar 2015 blev i sag nr. 86712:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Klageren klager over, at Forenede Gruppeliv har afvist at oprette en gruppelivsforsikring - herunder forsikring mod visse kritiske sygdomme.

Selskabet har afvist at tegne forsikring med henvisning til, at klageren ikke har afgivet tilfredsstillende helbredsoplysninger, og at selskabet således vurderer, at der foreligger en forøget sygdomsrisiko.

Det fremgår af klagerens ansøgning om forsikring af 2/7 2014, at hun lider af kronisk depression. Hun anfører, at hun har været sygemeldt i 2½ år i perioden 2012-2014, og at hun nu arbejder i fleksjob.

Klageren har i klageskemaet af 15/9 2014 anført:

> ”Jeg har ansøgt min forsikring, Sygeforsikring Danmark, om at blive forsikret for kritiske sygdomme. Jeg er i forvejen medlem af sygeforsikring og forsikret med af selskabet basis forsikringer - dette har jeg været i mange år. Forsikring mod kritiske sygdomme er en tilvalgsforsikring hvilket jeg ønskede at tegne for mig selv og mine medforsikrede børn. Forsikringen afslår dog at forsikre mig med begrundelse i at min diagnose depression samt min visitering til flexjob skulle eftersigende give mig forhøjet risiko for kritiske sygdomme som kræft, ALS, sklerose, m.m.
>
> Afslagets begrundelse i min diagnose anser jeg for usaglig, inkompetent og uden hold i lægevidenskab og selskabets forsøg på at ’slippe udenom’.

Jeg har nu to gange udbedt mig en videnskabelig eller statistisk begrundet forklaring på forsikringsselskabets postulat om den forhøjet sygdomsrisiko, i en klage pr. mail af d. 18/7, d. samt d. 4/9 - se bilag. Dette har forsikringsselskabet åbenlyst ikke ønsket at give, selv om de i afgørelsen skriver at der er udfærdiget en helbredsbedømmelse der danner baggrund for afslaget. Denne bedømmelse må jeg åbenbart ikke få indsigt i, hvilket jeg finder meget bekymrende.

Hvis man ikke kan/vil dokumentere sin postulat om en forhøjet sygdomsrisiko må det være enten fordi sådan en slet ikke foreligger eller fordi den ikke i lovens øje er holdbar.

Idet jeg formodet at aktindsigt også er en gældende lov for forsikringsselskaber, er jeg meget uforstående overfor at forsikringsselskabet nægter at fremkomme med en lægefaglig dokumentation.

Jeg går stærkt ud fra at sådan en helbredsvurdering udfærdiges af en person med lægelig viden og ikke en tilfældigt kontorpersonelle.

Efter forsikringens afslag, har jeg taget kontakt både til min praktiserende og min speciallæge for at få forklaringen på sammenhængen mellem min diagnose og denne påståede risiko for kritiske sygdomme. Jeg er nemlig aldrig under sygdomsforløbet blevet informeret om denne risiko! Imidlertid kunne ingen af mine læger nikke genkendende til at min risiko for kritiske sygdomme skulle være større end enhver anden fuldstændig rask persons. Efter nærmere undersøgelse af emnet måtte min læge konstatere at der simpelthen ikke findes nogen form for enten lægevidenskabelig eller statistisk dokumentation for at en depression giver større risiko for kritisk sygdom.

Jeg har på egen hånd, også i udenlandske kredse forsøgt at finde dokumentation for forsikringens postulat - uden held. Jeg vil igen, nu for 3. gang, udbede mig en lægevidenskabs faglig eller i det mindste statistisk begrundet forklaring på min såkaldt forøgede forsikringsrisiko.

Der gøres opmærksom på at der ingen steds i forsikringens police eller hjemmeside oplyses at en diagnose som depression skulle være en hindring for forsikring for kritiske sygdomme. Ligesom der oplyses af forsikringsselskabet at man ved hver ansøgning om forsikring at foretage en individuel helbredelsesvurdering.

Jeg afventer med spænding fremsendelse af saglig og velbegrundet dokumentation på afslaget.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Forsikring mod kritisk sygdom eller som minimum lægevidenskabeligt bevis for forsikringsselskabets afslag."

I brev af 26/9 2014 fra selskabet til nævnet hedder det:

"Klager udfyldte en helbredserklæring 2. juli 2014 med henblik på optagelse i ovennævnte gruppelivsforsikring.

Det fremgår af bilag …, som er uddrag af gruppelivsaftalen, at for at blive berettiget til at indtræde i forsikringen, skal ansøger bl.a. afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger. Det er FG der vurderer, om helbredsoplysningerne er tilfredsstillende.

Det fremgår også af bilag …, at gruppelivsforsikringen indeholder både dækning ved død og dækning ved visse kritiske sygdomme. Forsikringen kan kun oprettes med begge dækninger. Der er ikke mulighed for oprettelse af 'stand alone' dækning.

Klager oplyste i helbredserklæringen, at klager led af kronisk depression. Klager havde været sygemeldt i en periode på 2½ år fra 2012-2014 og var nu under revalidering eller indstillet til/ansat i fleksjob. Klager var endvidere hverken fuldstændig rask eller fuldt arbejdsdygtig, jf. helbredserklæringens spørgsmål 9 a) og b).

Der kan kun ske optagelse i forsikringen, hvis den person der ønsker optagelse, ikke har en forøget helbredsmæssig risiko for nedsat levetid og/eller sygdom. Det er ikke muligt at blive optaget i gruppelivsforsikringen mod betaling af forhøjet præmie eller med indskrænkning i forsikringsbetingelserne ved f.eks. klausul om, at en nærmere bestemt lidelse ikke dækkes af forsikringsbetingelserne.

Det betyder, at der kun kan ske optagelse i forsikringen på normale vilkår - se uddrag af tegningsregler for gruppelivsforsikring i FG i bilag ...

På baggrund af ovenstående oplysninger, vurderer vi, at der forelå en forøget sygdomsrisiko på optagelsestidspunktet. Det er derfor korrekt og efter fast praksis, at vi afviste at optage klager i gruppelivsforsikringen, hvilket vi skrev til klager 18. juli 2014, 2. september 2014 og 8. september 2014."

Hertil har klageren i mail af 8/10 2014 til nævnet bl.a. bemærket:

"Der fremgår ingen steder hvad selskabet mener med 'tilfredsstillende'. Ligeledes står der ingen steder at man skal være 100 % rask og fuld arbejdsdygtig for at blive optaget i netop den omtalte forsikring! Derfor bedes selskabet igen at præcisere hvad 'tilfredsstillende helbredsoplysninger' er. For at dette kan bruges som afslag på ansøgningen skal begrundelsen være faglig og saglig.
…

Der findes ingen statistisk eller lægevidenskabeligt bevis på at en kronisk depression gør min risiko for kritiske sygdomme større end enhver anden fuldstændig rask persons.

Derfor opfatter jeg selskabets afslag som diskriminering pga. sygdom / handikap. Der må ikke diskrimineres pga. psykisk sygdom, da dette har ingen praktisk betydning i dette sammenhæng. Denne form for diskriminering i strid med FN's handikapkonvention som Danmark har tilsluttet sig. I den skrives der:

'FN's Handicapkonvention stiller krav om, at personer med handicap har lige adgang til forsikringer, samt at de ikke bliver udsat for diskrimination på grund af handicap (sygdom) i adgangen til forsikringer. Det slår Institut for Menneskerettigheder fast.'"

Selskabet har i brev af 20/10 2014 til nævnet anført:

"Ved ansøgning om optagelse i en gruppelivsforsikring, anvender FG retningslinjer for risikovurdering, som er udarbejdet af Videncenter for Helbred og Forsikring. Retningslinjernes formål er at sikre en objektiv og uvildig risikovurdering hos personer, der søger om optagelse i en forsikring.

Retningslinjerne er udarbejdet på baggrund af mangeårige erfaringer af praktisk og statistisk art, og er til intern brug.

Det er ikke muligt at sende retningslinjerne eller uddrag af retningslinjerne til klager.

Som nævnt i FGs svar af 26. september 2014, kan en person kun blive omfattet af forsikringen, hvis helbredsoplysningerne er tilfredsstillende. Ved tilfredsstillende menes — som også tidligere er beskrevet, at der kun kan ske optagelse på normale vilkår. Det betyder, at der ikke må være en forøget helbredsmæssig risiko for nedsat levetid og/eller sygdom."

Af mail af 29/10 2014 fra klageren til nævnet fremgår bl.a.:

"På baggrund af FG's ønske om at hemmeligholde deres vurderingskriterier, har jeg selv taget kontakt til Videncenter for Helbred og Forsikring hvis retningslinjer FG henviser til og begrunder sit afslag med. For at få afklaring på de omtalte retningslinjer.

Videncenter for Helbred og Forsikring har givet mig dette svar: 'Vi kan oplyse, at vi umiddelbart er enige i den lægelige vurdering som de konsulterede læger fremhæver, nemlig at psykiske lidelser normalt ikke har afgørende betydning for den fremtidige risiko for ALS, kræft og sklerose.' Svar i sin helhed kan læses i vedlagt bilag.

Da FG åbenbart har misforstået eller misfortolket Videncenterets retningslinjer idet Videncenter i mailen til mig modsiger FG's vurdering af min risiko for kritiske sygdomme, stiller jeg stort spørgsmål ved hvorvidt FG's afslag overhovedet er gyldig. FG har i denne sag anvendt retningslinjerne forkert og nået dermed frem til en forkert afgørelse.
…

I FG's brev af d. 8. september 2014 skriver FG tydeligt at vurderingen er udelukkende baseret på de helbredsoplysninger jeg har afgivet på ansøgningsskema. Videncenter for Helbred og Forsikring skriver klart på sin hjemmeside www. http://helbredogforsikring.dk : 'Vores retningslinjer giver anbefalinger om individuelle helbredsvurderinger'. Sådan en individuel vurdering har ikke fundet sted i mit tilfælde. Så vidt vides er der ikke indhentet noget som helst dokumentation fra behandlende læger, ingen helbredsattester eller lignende. Dette betyder at GF har vurderet uden at kende mit sygdomsforløb, sværhedsgraden af min lidelse og en del andre faktorer der er af afgørende betydning for min forsikringsrisiko.
…

Endvidere vil jeg henvise til at Finanstilsynet skriver på deres hjemmeside: 'Lovgivningen foreskriver, at et forsikringsselskab skal give en saglig begrundelse, hvis de afviser at tegne en forsikring for en borger. Dette gælder også, hvis borgeren har eller har haft en psykisk sygdom.', kilde:
https://www.finanstilsynet.dk/da/Nyhedscenter/Pressemeddelelser/2014/Undersoegelse-forsikring-psykisk-syge-080414.aspx

Sådan en saglig begrundelse har jeg stadig ikke modtaget på trods af efterhånden mange forespørgsler. Derfor mener jeg helt klart at FG her bryder lovgivningen ved ikke at overholde det lovmæssige krav.

Jeg er blevet oplyst telefonisk af Sygeforsikring Danmark, at livsforsikringen kun dækker dødsfald hvis dette er følge af en af de af forsikringen omfattet kritiske sygdomme, eller hvis man dør mens man har (eller efter man har fået) en af de kritiske sygdomme, herunder også død ved selvmord dog først efter 3 md. fra man har fået udbetalt forsikringssummen. På

denne baggrund har jeg svært ved at se hvordan min risiko for død skal være forøget hvis risikoen for overhovedet at få de sygdomme der skal medføre døden ikke er det.
…

Jeg vil derfor stærkt indstille FG at foretage en individuel vurdering af min helbredssituation inklusiv min sygdomshistorie m.m. og drøfte de evt. risici for de relevante kritiske sygdomme med en lægefaglig person, gerne min behandlende læge der jo kender sygdomsforløbet bedst.
…

Her vil jeg henvise til at Videncenter for Helbred og Forsikring hvis retningslinjer FG læner sig op ad har til formål at, citat fra Videncenters hjemmeside: 'Hele formålet med vores arbejde er at sikre, at så mange som muligt med helbredsproblemer kan tegne forsikring.' I dette tilfælde har FG valgt at anvende retningslinjerne modsat for at begrænse muligheden for at tegne forsikring uden realistisk og relevant grund til det."

I brev af 17/11 2014 fra selskabet til nævnet hedder det bl.a.:

"Som tidligere nævnt, indeholder gruppelivsaftalen både en dækning ved død og en dækning ved visse kritiske sygdomme. På den baggrund skal en vurdering af antagelsesvilkårene tage afsæt i begge dækninger, og ikke udelukkende en vurdering af, hvorvidt klager har en forøget risiko for at udvikle ALS, kræft og sklerose. Der skal foretages en vurdering i forhold tir forøget dødsrisiko samt forøget risiko for at få en af de for forsikringen omfattede kritiske sygdomme.

For sygdommen depression kan det anføres, at der er tale om en sygdom, som kan optræde i varierende grad fra en mild depressiv enkeltepisode uden recidiv til vedvarende og kronisk depression. Symptomerne udvikles gradvist, og episoderne klassificeres afhængig af antal symptomer (antal følgesymptomer) og sværhedsgrad (påvirkning af funktion). Moderate og svære depressioner kan være ledsaget af tanker om død og selvmord (suicidaltanker), og der er en ganske betydelig overdødelighed, hovedsagelig pga. selvmord, men også pga. hjertekarsygdom.
…

Allerede fordi det ud fra helbredserklæringen kunne konstateres, at klager lider af en svær og kronisk depression med påvirkning af funktionsniveauet, ville lægelige udtalelser eller supplerende spørgeskemaer ikke kunne føre til andet resultat, end at klager ikke ville kunne tilbydes optagelse i gruppelivsforsikringen. Det er på den baggrund, at der ikke blev indhentet yderligere oplysninger til belysning af klagers sygdom."

Hertil har klageren i mail af 25/11 2014 til selskabet bl.a. bemærket:

"Som beskrevet i en tidligere skrivelse er der kun 2 grunde til at en depression kan være ledsaget af tanker om død og selvmord:

1. Hvis depressionen er ubehandlet eller utilstrækkeligt behandlet (f.eks. hvis behandlingen er igangværende og endnu ikke optimal/afsluttet), så disse suicidaltanker er en reel symptom.
2. Som bivirkning af antidepressiv medicin.

Ingen af grundene er aktuelle i mit tilfælde da min depression er optimalt behandlet og jeg er nu helt medicinfri. Dertil skal der tilføjes at tanker om død og selvmord har ALDRIG været et symptom hos mig.

Jeg vil gerne udbede mig selskabets forklaring på hvor selskabet har den ide fra at min depression er eller nogensinde har været af svær grad. Dette er nemlig ikke korrekt. Dette ville selskabet have været klar over hvis selskabet har gjort sig den ulejlighed at indhente udtalelse fra min behandlende psykiater i stedet for at lege en gætteleg. Min depression har ALDRIG været af svær grad. I helbredserklæringen har jeg anført at jeg lider af kronisk depression, men IKKE anført noget om sværhedsgraden af lidelsen."

Gruppelivsaftalen indeholder bl.a. følgende bestemmelser:

"§ 1. Hvem er omfattet af forsikringen
Berettiget til at indtræde og forblive i forsikringen er Sygeforsikringen 'danmark's medlemmer i grupperne 1, 2, 5 samt medlemmer i Basis Sygeforsikring, forudsat at de ved optagelse i forsikringen kan afgive tilfredsstillende helbredsoplysninger og ikke fyldt 50 år.
…
Dødsfaldssum: Hvis et gruppemedlem dør i forsikringstiden inden pågældende fylder 60 år, udbetales en forsikringssum - jfr. aftalens § 2.
…
Visse kritiske sygdomme: Hvis et gruppemedlem, i forsikringstiden, får diagnosticeret en dækningsberettiget kritisk sygdom, som angivet i de vedhæftede særlige forsikringsbetingelser, inden gruppemedlemmet fylder 60 år, udbetales en forsikringssum - jfr. aftalens § 2.
…

§ 3. Indtrædelse og udtrædelse
Dækningen for forsikrede er virksom fra det tidspunkt, hvor tilstrækkelige helbredsoplysninger efter FGs skøn er Sygeforsikringen 'danmark' i hænde."

Nævnet har fået forelagt et uddrag af selskabets interne tegningsregler.

Nævnet udtaler:

Klageren har i sin ansøgning oplyst, at hun lider af kronisk depression og som følge heraf tidligere har været sygemeldt i 2½ år i perioden 2012-14. Hun er nu som følge af sin sygdom visiteret til og ansat i fleksjob.

Det fremgår af gruppelivsaftalen, at det er en betingelse for optagelse i forsikringen, at de afgivne helbredsoplysninger er tilfredsstillende efter selskabets skøn. Selskabet har oplyst, at det følger retningslinjer, der er fastsat af Videncenter for Helbred og Forsikring.

Nævnet finder ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har skønnet, at klagerens helbredsoplysninger i denne sammenhæng ikke er tilfredsstillende. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at tilbyde klageren optagelse i gruppelivsforsikringen.

Det fremgår af forsikringsaftalelovens § 3b, at selskabet på anmodning skal afgive en skriftlig begrundelse for sit afslag. En sådan begrundelse skal være saglig. Nævnet finder, at selskabet har opfyldt sine forpligtelser i den henseende.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels